

# Skademelding

## YRKESKADE OG YRKESYKDOM

Skademeldingsblanketten må fylles ut fullstendig og så nøyaktig som mulig. Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen, jfr. forsikringsavtaleloven § 18-1.

### FORSIKRINGSTAKER/ARBEIDSGIVER

Forsikringsnummer

Fødselsnummer (11 siffer) / Org. nummer

Firmanavn

Kontaktperson

Adresse

Telefon

Postnummer

Sted

E-postadresse

### OPPLYSNINGER OM SKADELIDT

Fornavn

Efternavn

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse

Telefon

Postnummer

Sted

E-postadresse

Sivilstatus

Gift

Samboer

Ugift

Annet

Årslønn forrige år

Lønn utbetalt inntil skadedag

Ansatt fra dato

Fast

Midlertidig

Sesong

Selvstendig

Stilling

Skadelidte er for tiden  I arbeid  Helt sykemeldt  Delvis sykemeldt  Helt arbeidsufør  Sluttet

Skadelidte har vært sykemeldt fra dato  Antatt varighet

Kontonummer for erstatningsutbetaling/refusjon

## SKADE

Dato og klokkeslett for skadetidspunkt

Skadested

**Skadens art** (Sett kryss for viktigste skade)

- |   |                                     |  |   |  |
|---|-------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sår, rift kutt | <input type="checkbox"/> Kuldeskade | <input type="checkbox"/> Tapst legemsdel | <input type="checkbox"/> Forstuing, forvridning | <input type="checkbox"/> Bløtdelsskade uten sår    |
| <input type="checkbox"/> Brudd          | <input type="checkbox"/> Varmeskade | <input type="checkbox"/> Etsing          | <input type="checkbox"/> Akutt forgiftning      | <input type="checkbox"/> Overbelastning av muskler |
| <input type="checkbox"/> Hjernerystelse | <input type="checkbox"/> Sjokk      | <input type="checkbox"/> Stråleskade     | <input type="checkbox"/> Nakkesleng             | <input type="checkbox"/> Puls og åndedrettsstans   |

Andre og uspesifiserte skader, beskriv

**Skadet kroppsdel** (Sett kryss for viktigste skade)

- |  |   |                                    |                                     |   |
|--|---|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hode/ansikt   | <input type="checkbox"/> Indre organer  | <input type="checkbox"/> Øye       | <input type="checkbox"/> Tenner     | <input type="checkbox"/> Rygg                   |
| <input type="checkbox"/> Skulder/arm   | <input type="checkbox"/> Hofte/bein/kne | <input type="checkbox"/> Fingre    | <input type="checkbox"/> Bryst/mage | <input type="checkbox"/> Nervesystem            |
| <input type="checkbox"/> Hånd/håndledd | <input type="checkbox"/> Tær            | <input type="checkbox"/> Ankel/fot | <input type="checkbox"/> Hals/nakke | <input type="checkbox"/> Omfattende legemsskade |

## ANDRE OPPLYSNINGER

Var du i skadeøyeblikket påvirket av alkohol eller andre rusmidler?  Ja  Nei

Hvis ja, hvilke?

Har du ulykkesforsikring i annet selskap?  Ja  Nei

Hvis ja, hvilket selskap?

Er skaden meldt til annet selskap?  Ja  Nei

Hvis ja, hvilket selskap?

|                                      |                             |                              |                      |                      |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|
| Er skaden meldt til politiet?        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | Dato                 | Politikammer         |
|                                      |                             |                              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Er skaden meldt til Arbeidstilsynet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | Dato                 | Kommune              |
|                                      |                             |                              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Er skaden meldt til NAV?             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | Dato                 | NAV kontor           |
|                                      |                             |                              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Ved trafikkulykke** (kopi av skademelding for motorvogn må vedlegges)

|                      |                       |                          |
|----------------------|-----------------------|--------------------------|
| Bilens reg.nummer    | Bilforsikringsselskap | Referanse i bilselskapet |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>     |

### OPPLYSNINGER OM ULYKKESSKADEN

#### Skadested

Til/fra arbeid    På vanlig arbeidsplass    På vei mellom arbeidssteder    Annet område på arbeidsplass    Annet arbeidssted    Fritid

Gjøre mål på ulykkestidspunkt

Beskriv hvordan ulykken skjedde og hva som var årsaken til at den opptod

Navn og adresse på behandlende lege / sykehus

## OPPLYSNINGER VED YRKESYKDOM

Når og hvor skjedde den skadelige påvirkningen?

Fra måned/år

Til måned/år

Bedriftens navn og adresse, kommune

Beskriv type påvirkning

Har du tidligere hatt samme eller lignende sykdom?

Ja

Nei

Dato

Type sykdom

Har du tidligere fått erstatning for sykdom?

Ja

Nei

Hvis ja, hvilket selskap?

Type sykdom

### Konstatering

Når ble lege første gang oppsøkt for lidelsen (dato/år)

Legens navn og adresse

## OPPLYSNINGER VED DØDSFALL

Dato for dødsfall

Årsak

Dødsattest fra lege/sykehus ligger vedlag

Behandlerende leges navn og adresse (evt. sykehus)

### Opplysninger om nærmeste pårørende og forsørgelse

Nærmeste pårørende

Ektefelle/reg. partner

Samboer

Annet

Navn

Fødselsnummer 11 siffer

Telefon

Adresse

Kontonummer

Navn på barn under 20 år

Fødselsnummer 11 siffer

Vedlagt følger

Vielsesattest

Bekreftelse fra Folke-  
registeret for samboer

Annet

Fødselsattest/adopsjonsbevis  
for barn under 21 år

Skifte/-uskifteattest

**Arbeidsgivers (forsikringstakers) erklæring/underskrift**

Vi bekrefter forannevnte opplysninger gitt av forsikringstaker (arbeidsgiver)

Sted og dato

Arbeidsgivers underskrift

**Forsikredes erklæring/underskrift**

Jeg erklærer at opplysningene er gitt så nøyaktig som mulig, og jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at jeg mister ethvert erstatningskrav mot selskapet etter denne og andre forsikringsavtaler i anledning samme hendelse. Jeg er kjent med at en eventuell forsikringsutbetaling vil kunne avhenge av at jeg, eller den som fremsetter kravet, gir forsikringsselskapet nødvendige fullmakter for innhenting av ytterligere opplysninger.

Sted og dato

Arbeidstaker/forsikredes (skadelidtes) underskrift

Etterlattes ektefelle/samboers underskrift (kun ved arbeidstakers død)

**Utfylt skjema sendes til:**

**Post**  
Landkreditt Forsikring AS  
Postboks 1824 Vika  
0123 OSLO